

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BOXE

COMITÉ RÉGIONAL AUV.RH.ALPE

SAISON 20 – 20

DEMANDE POUR UNE RÉUNION DE BOXE « B.E.A »

Réunion N° : _____

Affiliation N° : _____ (numéro obligatoire)

Nom de l'organisateur (club) : _____

Nom du Président (e) : _____

Date de la Réunion	
Lieu de la Réunion (ville)	
N° du Département	N°
Nom de la Salle	
ADRESSE EXACTE SALLE	
Heure de la Réunion	
Nombre d'assauts prévus	
Obligatoire : nom du DELEGUE	
Obligatoire : nom du CHRONO	
Noms des JDA :	
NOM de la Compétition :	

Fait à _____, le _____

Avis et signature du Comité Régional

Signature de l'Organisateur